



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 1º de diciembre de 2025.-

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que brinda/n a

mi hijo Lozano Matheo DNI: 56526422
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
<u>Ma. del Rosario Romano</u>	<u>Terapia Ocupacional</u>	<u>2 semanales</u>	<u>Febrero - Diciembre 2026</u>

de acuerdo al siguiente cronograma:


DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
<u>Esp. Terapia Ocupacional</u>	<u>18 a 18:45</u>		<u>18 a 18:45</u>			
<u>Esp.</u>						
<u>Esp.</u>						
<u>Esp.</u>						
<u>Esp.</u>						
<u>Esp.</u>						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)



Ma. del Rosario Romano
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat. N° S0580 - L. 1. - F° 19

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 

Aclaración: IGNACIO A. LOZANO

DNI: 24232638



CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 01 de Diciembre de 2025.-

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que brinda/n a

mi..... Hijo LOZANO PATHEO
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
<u>Gisel Lamayer</u>	<u>Psicología</u>	<u>2</u>	<u>Febrero - Diciembre</u>

de acuerdo al siguiente cronograma:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
<u>Esp. Psicología</u>	<u>17:15 - 18:00</u>		<u>17:15 - 18:00</u>			
<u>Esp.</u>						
<u>Esp.</u>						
<u>Esp.</u>						
<u>Esp.</u>						
<u>Esp.</u>						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)

Gisel Noeli Lamayer
LIC. EN PSICOLOGÍA
Mat. N° 2234

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: [Firma]
Aclaración: IGNACIO A LOZANO
DNI: 24232638

CONSENTIMIENTO

Santa Fe, 1° de diciembre de 2025.-

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que brinda/n a

mi hijo Matteo Lozano 56526422
(Parentesco) (Apellido y Nombre – DNI beneficiario)

Nombre y Apellido del Prestador	Especialidad	Cantidad de Sesiones	Periodo Desde - hasta
Diana Borda	Psicopedagogía	8	Febrero-Diciembre 2026

de acuerdo al siguiente cronograma:


DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp. Psicopedagogía		18-18.45		18-18.45		
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

PRESTADOR/ES:
(Firma- Aclaración – Sello)

DAIANA BORDA
en Psicopedagogía
Mat. N° 908 L° I F° 26

Diana Borda.

PACIENTE O RESPONSABLE

Firma: 
Aclaración: IGNACIO A. LOBANLO
DNI: 244232638
Vínculo: